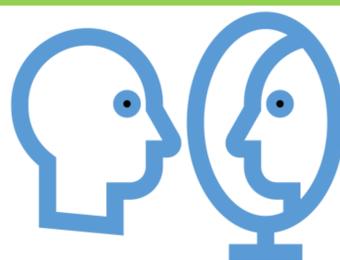


Pancreatitis autoinmune: ¿Qué debe saber el radiólogo?



Laura Acosta B¹, Carlos Melguizo¹, Félix Serrano¹,
María Isabel Gómez¹, Manuel Montero Pérez-
Fontan¹, María Requena¹

¹Hospital Regional Universitario de Málaga,
Málaga.

1

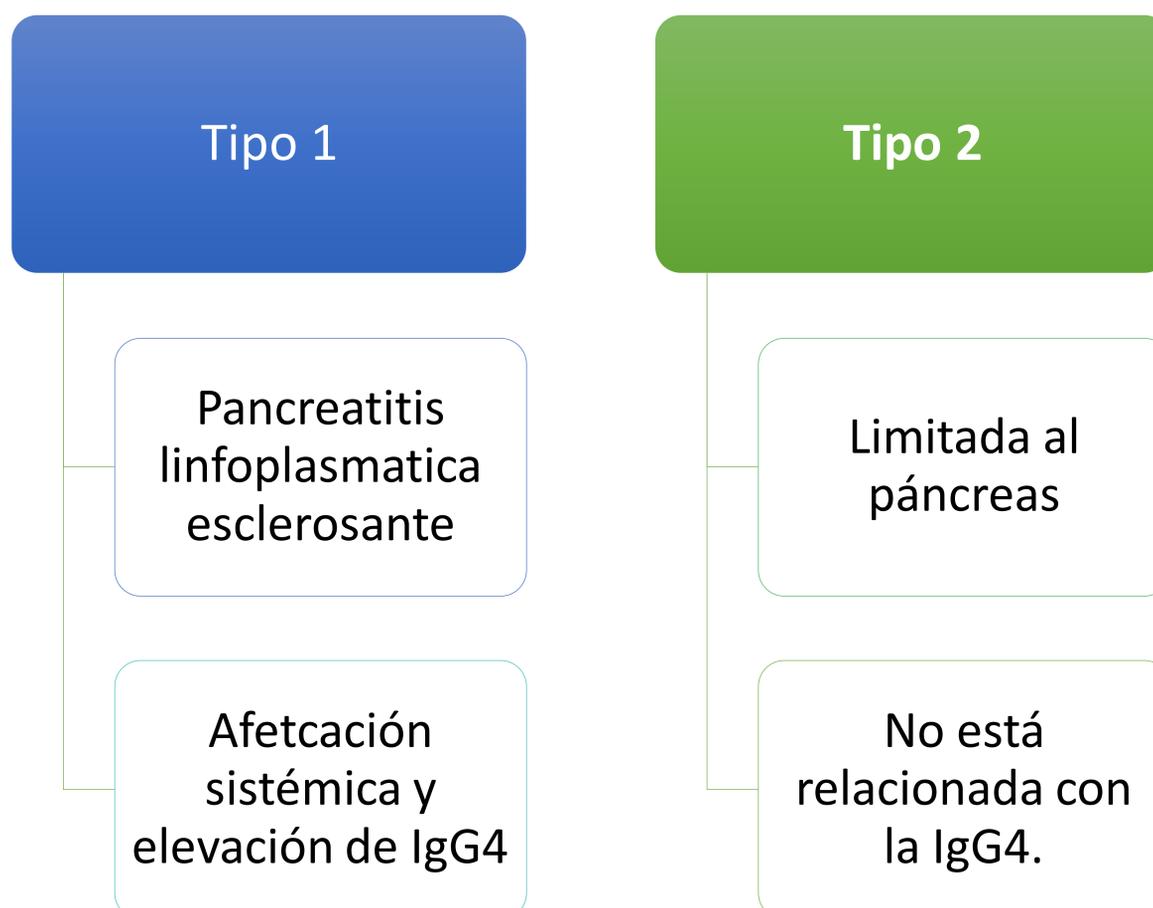
Objetivos

- Revisar el espectro de los hallazgos radiológicos de la pancreatitis autoinmune.
- Resaltar la importancia de las pruebas de imagen en el diagnóstico precoz de esta entidad.

2

Revisión de tema

- Es un tipo poco frecuente de pancreatitis crónica de carácter fibro inflamatorio.
- Puede aparecer en el contexto de una **enfermedad primaria** donde sólo exista afectación del páncreas o en **asociación de otras enfermedades autoinmunes**.
 - Tiene 2 subtipos



Epidemiología

5-11% de las pancreatitis crónicas.

Más frecuente en hombres 15:2

Edad de presentación es variable

Tipo 1: hombres >70 años Tipo 2: edades tempranas (media de edad: 50 años).

Presentación clínica

Ictericia obstructiva

50% pancreatitis aguda

Sin o dolor abdominal leve

Pérdida de peso

Esteatorrea

Diabetes

Presentación clínica

	Tipo 1	Tipo 2
Compromiso de otros órganos/enfermedad asociada a la IgG4	50%	Ninguno
Asociación con la enfermedad inflamatoria intestinal	Baja	Alta 10-20%
Elevación de la IgG4	Presente en un 66%	Presente en un 25%
Riesgo de recaída	>60%	<10%

Criterios diagnósticos

1 criterio radiológico + cualquiera de los siguientes:*

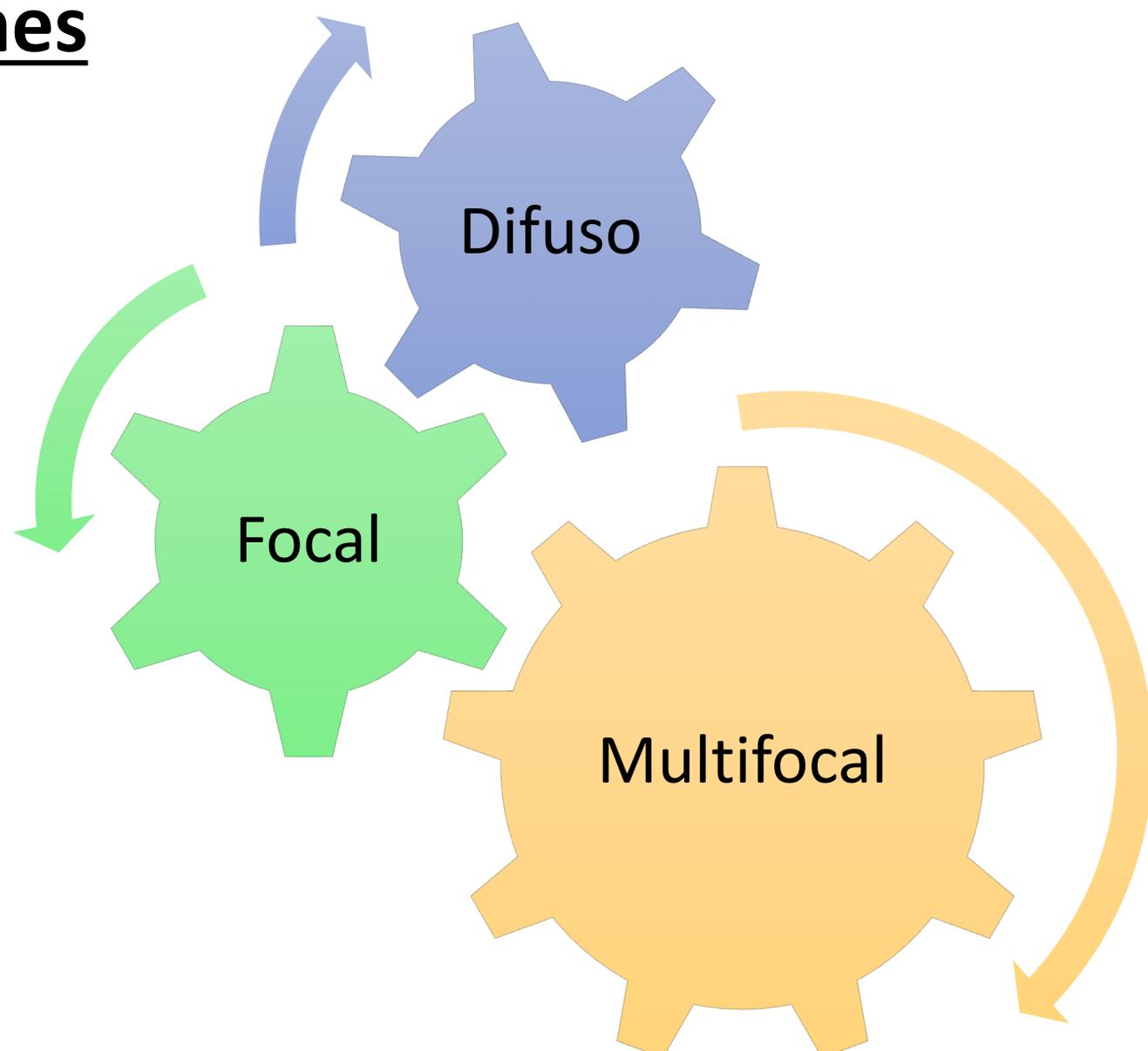
- Aumento de tamaño del páncreas (difuso o focal)
- Estenosis irregular del conducto pancreático principal
 - Elevación de IgG4
 - Histológicos
- Afectación de otros órganos: colangitis esclerosante, dacrioadenitis/sialoadenitis esclerosante, fibrosis retroperitoneal o afectación renal.
 - Respuesta al tratamiento esteroideo.

**salvo criterio anatomopatológico.*

Hallazgos radiológicos

- El área pancreática afectada se caracteriza por:
 - US: hipoecogénica
 - TC: hipodensa
- TC+C: hipovascular a los 40 segundos, con normalización a los 70 segundos
 - RM: hipointensa en T1 y ligeramente hiperintensa en T2
 - RM con contraste: realce tardío (fibrosis)
 - Presencia de cápsula o anillo periférico: líquido, fibrosis.

Existen tres patrones radiológicos:



Patrón difuso

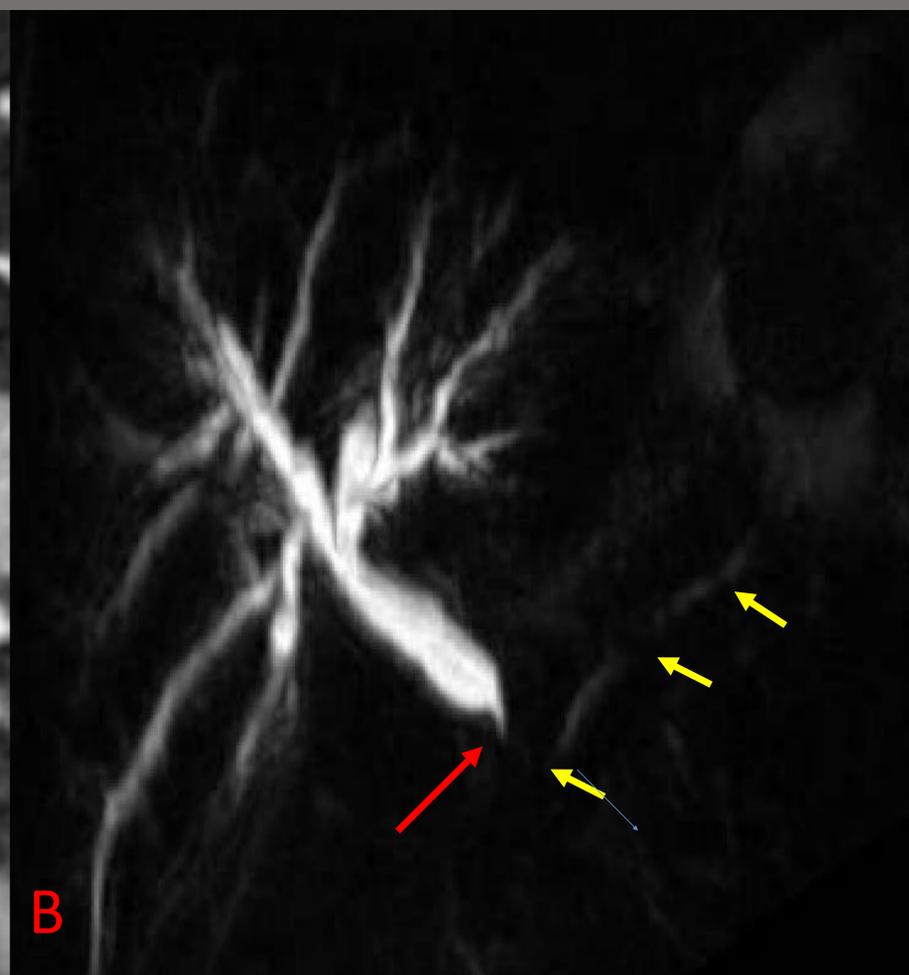
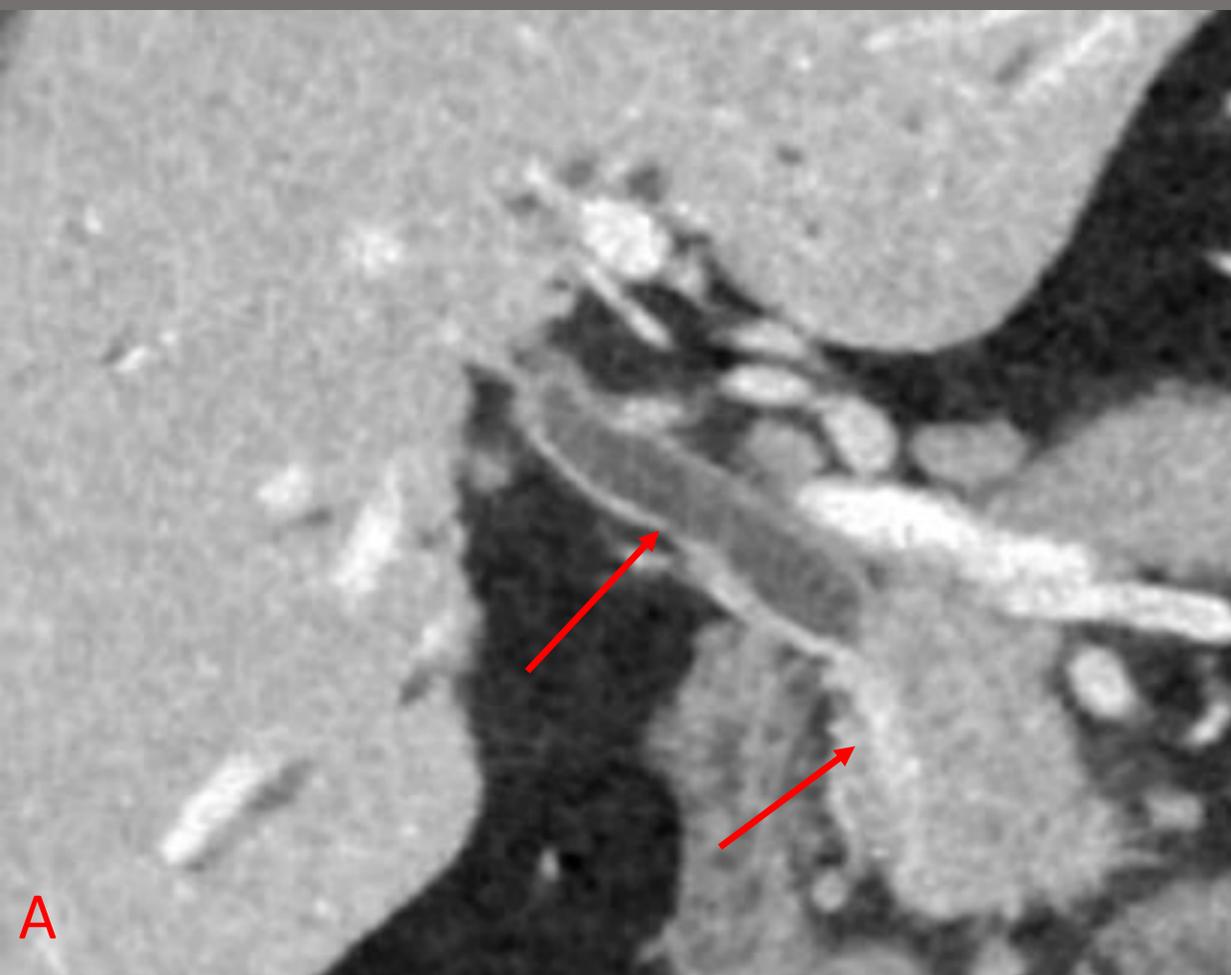
- Es la forma más común
- Morfología en “salchicha”
 - Bordes romos
- Pérdida del contorno lobulado y de las hendiduras características del páncreas por imagen
 - Halo hipodenso
- No suele tener cambios inflamatorios extensos, ni adenopatías.



Varón de 40 años que acude por un cuadro de astenia, ictericia conjuntival y coluria de 2 semanas de evolución. Refiere además pérdida de peso que no cuantificada. No fiebre ni otra clínica adicional. Analítica con bilirrubina total 3.20, bilirrubina directa 2.48, IgG4 4,968 g/L. TC de abdomen con contraste intravenoso. Páncreas aumentado de tamaño, hipodenso, con bordes romos, y pérdida del contorno lobulado

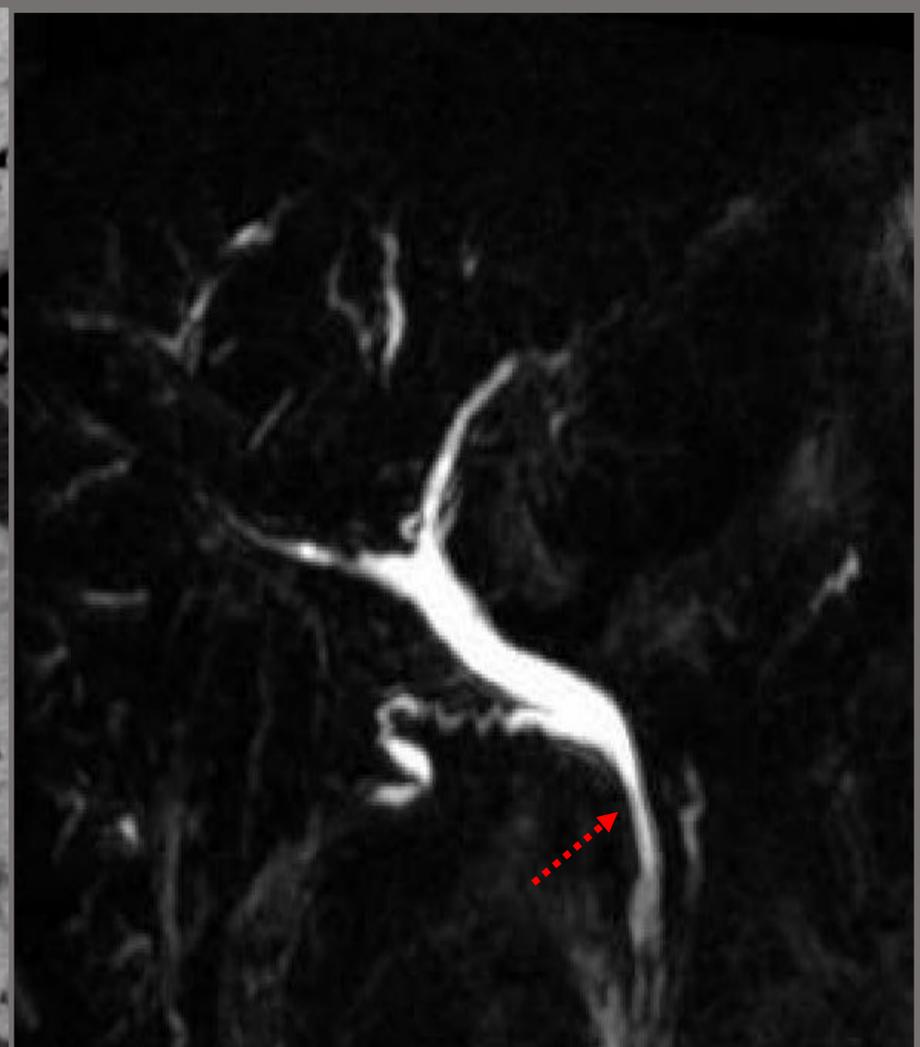
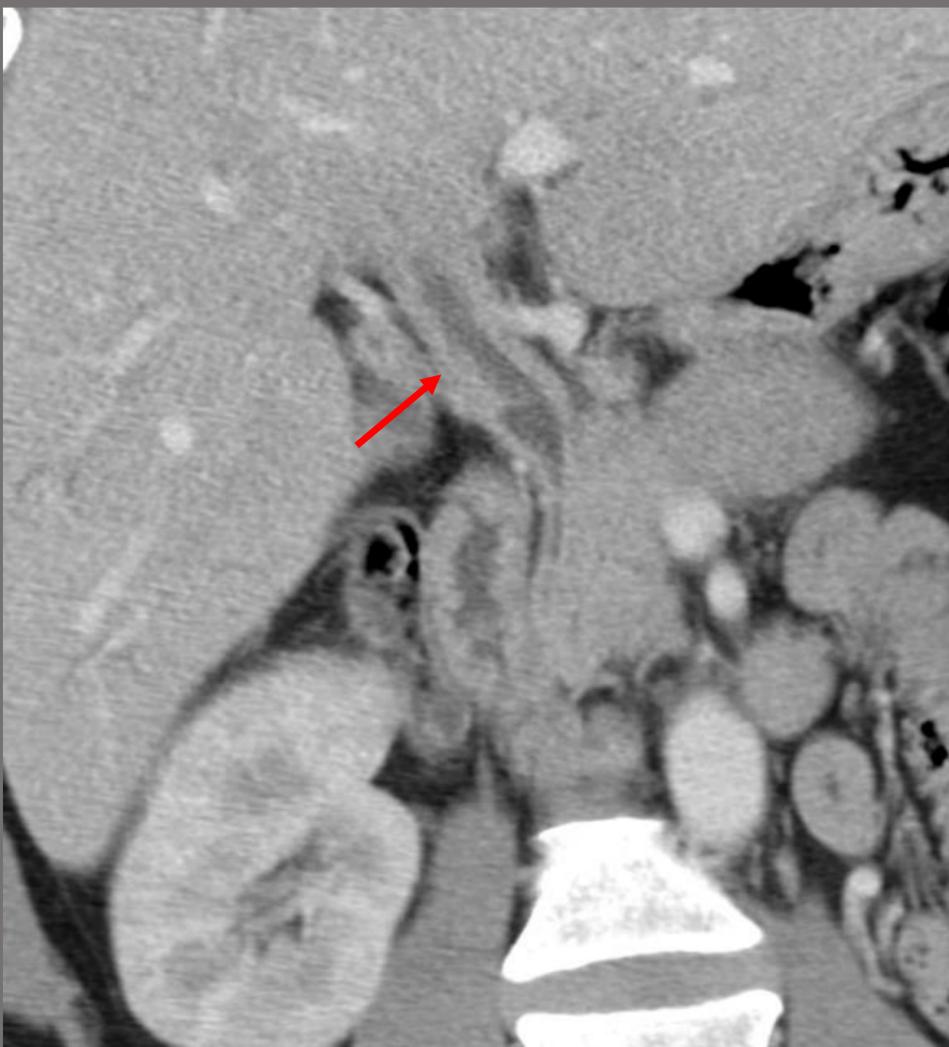
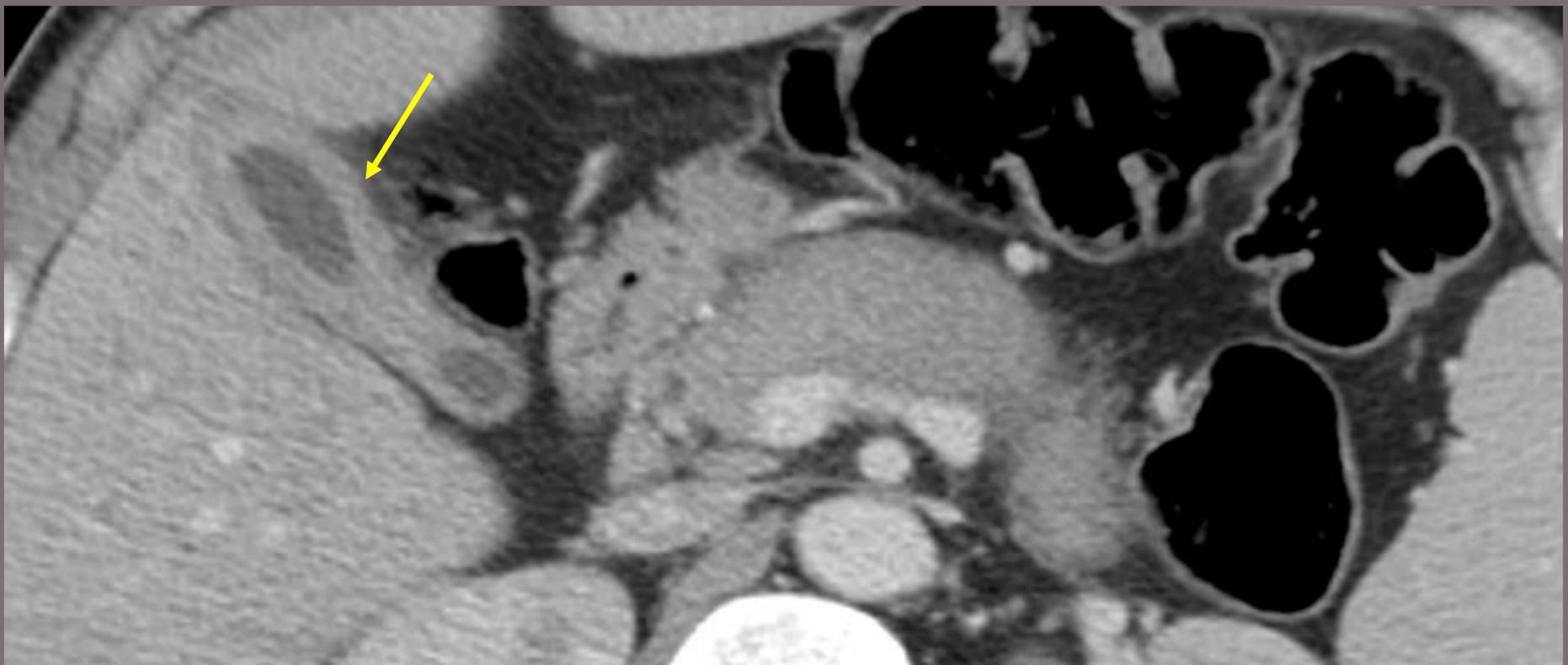
Patrón difuso

- Estenosis irregular del conducto pancreático principal



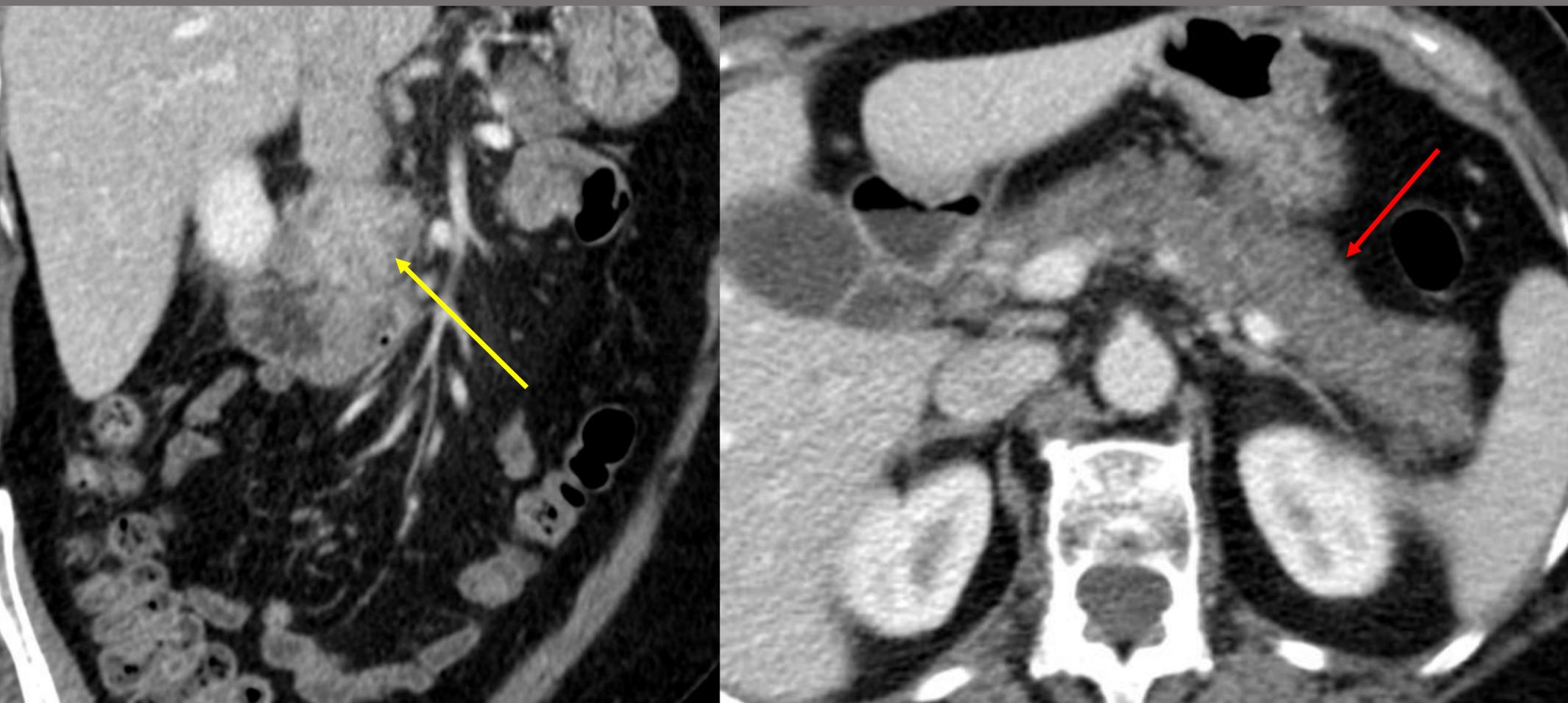
A. TC de abdomen con contraste intravenoso. B. ColangioRM. Estenosis irregular del conducto pancreático principal en cabeza, cuerpo y cola (flecha amarilla). Realce con engrosamiento de la pared del hepatocolédoco con estenosis en su porción intrapancreática, que condiciona una dilatación de la vía biliar intrahepática, en relación con colangiopatía. (flecha roja)

- **Colangitis IgG4** se presenta en un **88%** de los pacientes con pancreatitis autoinmune.
- Después del páncreas, **las vías biliares** son las más frecuentemente afectadas.
- Puede existir afectación de la vía biliar sin afectación pancreática



A. TC de abdomen con contraste intravenoso B. ColangioRM. Engrosamiento parietal difuso de la vesícula biliar (flecha amarilla). Engrosamiento parietal del hepatocolédoco con dilatación y afilamiento progresivo en su porción intrapancreática (flechas rojas)

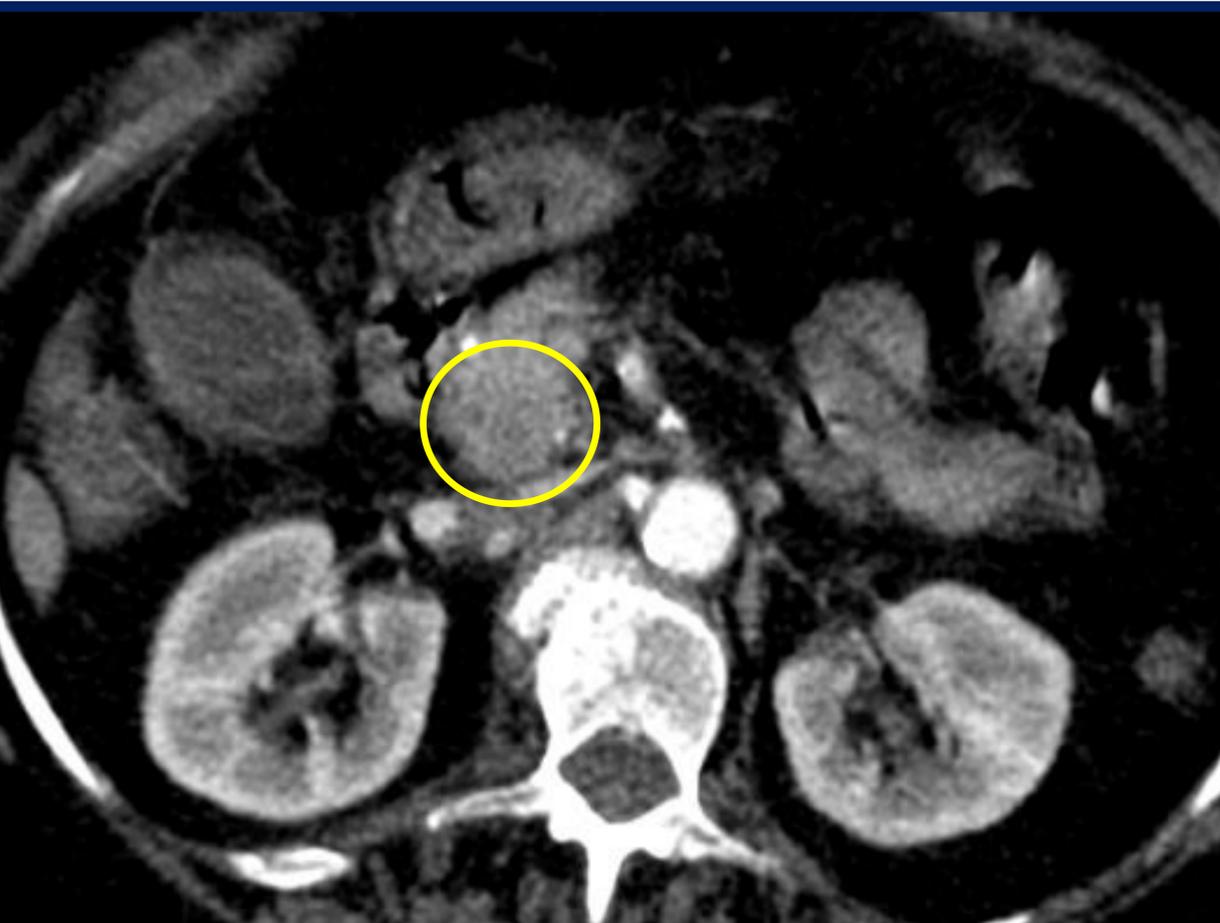
- En algunas ocasiones la afectación suele ser del **páncreas dorsal** con respecto del páncreas ventral.



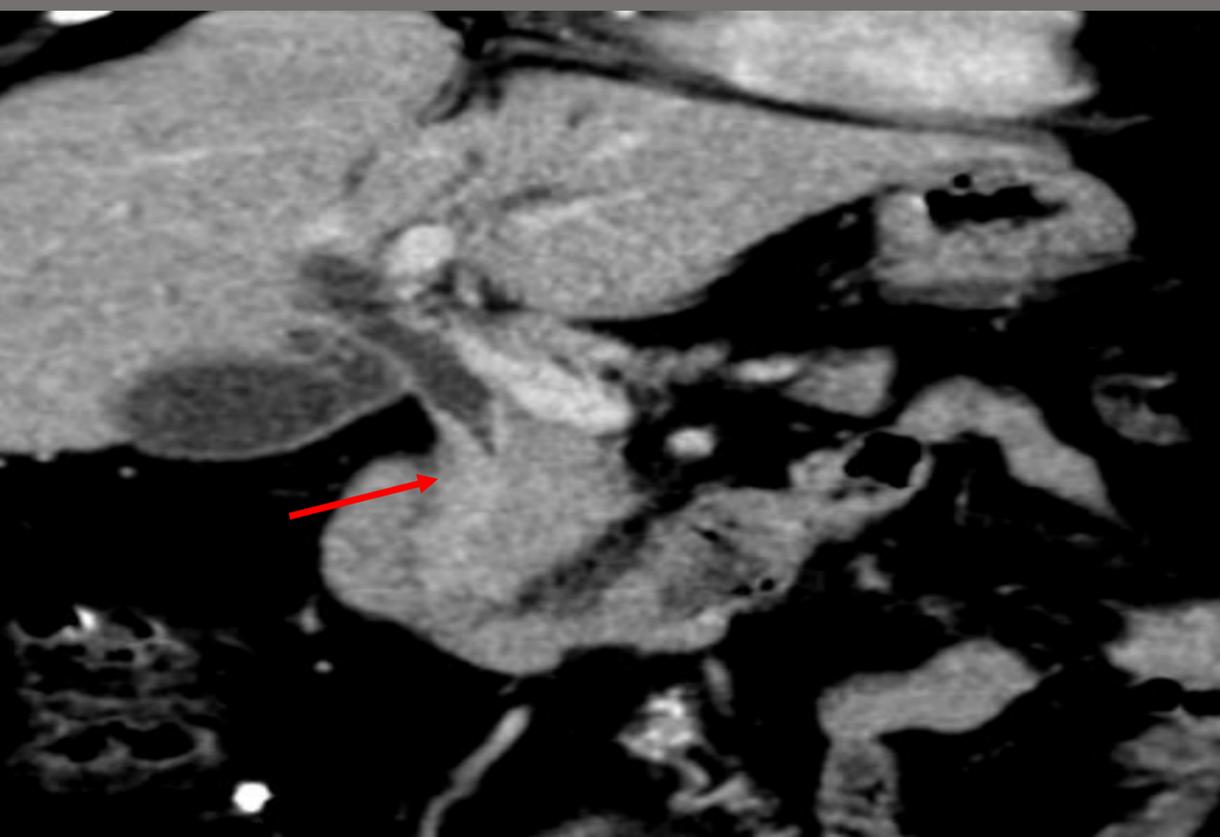
TC de abdomen con contraste intravenoso. Mujer de 62 años con antecedentes de Síndrome Sjögren y Espondilitis Anquilosante acude a urgencias por dolor abdominal a nivel epigástrico con náuseas y vómitos. Aumento de tamaño de forma difusa e hipodensidad del páncreas dorsal, con pérdida del contorno lobulado (flecha roja) y respeto del páncreas ventral (flecha amarilla).

Patrón focal

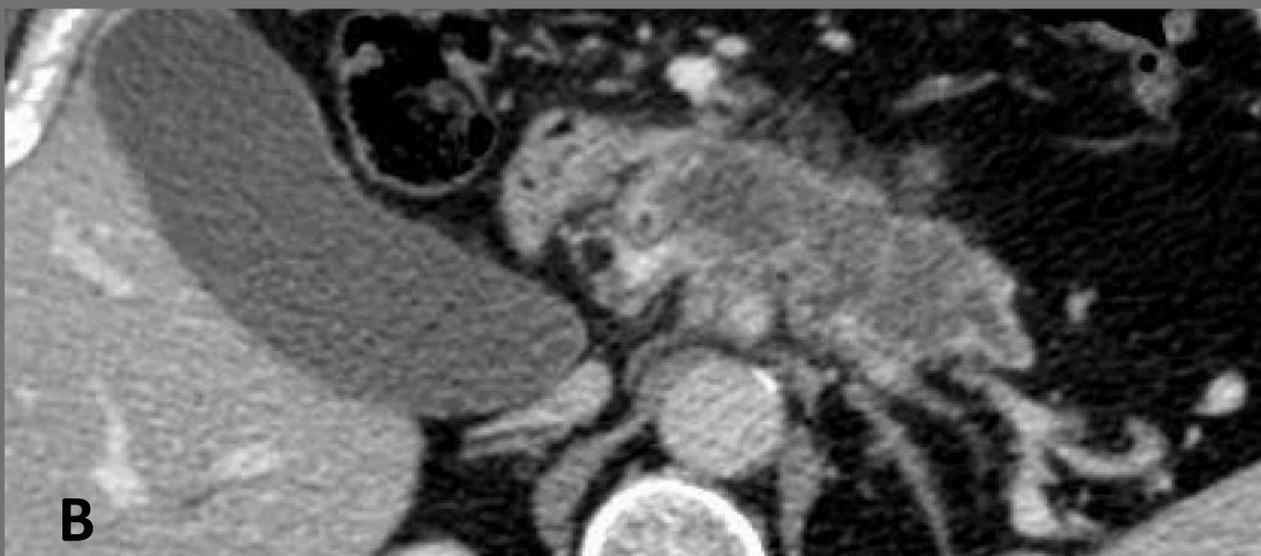
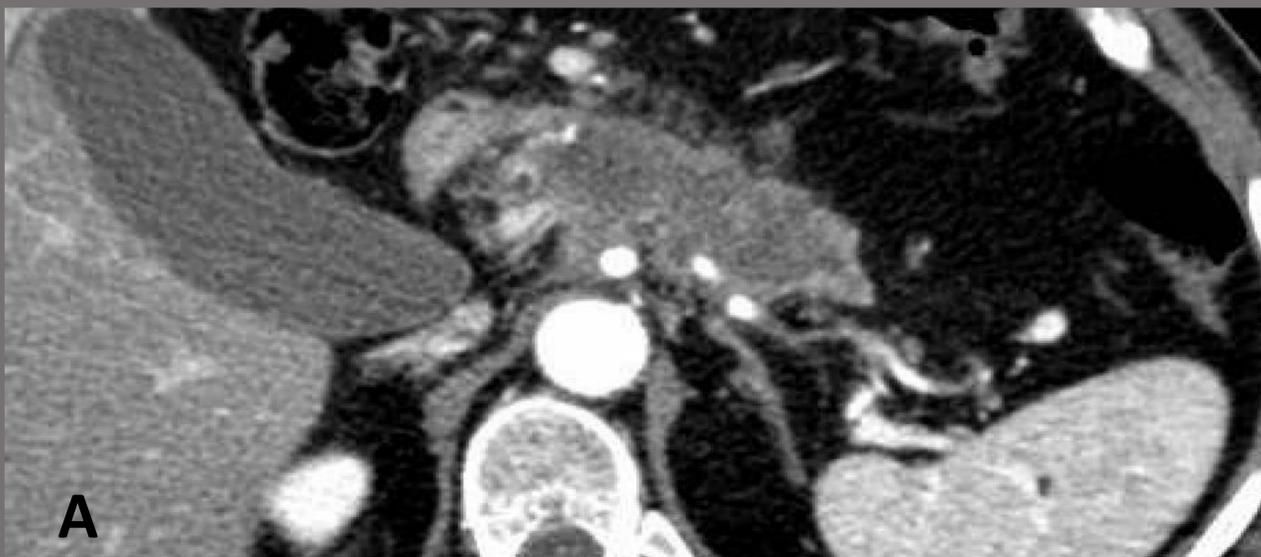
- Masa focal bien definida que casi siempre afecta la cabeza pancreática.
- Dilatación proximal de la vía biliar, aunque en menor medida que en la neoplasia pancreática.
 - Diagnóstico diferencial: neoplasia pancreática y linfoma



A.TC de abdomen fase pancreática. Se identifica una imagen pseudonodular hipodensa en la cabeza del páncreas (círculo amarillo) y B. fase portal con contraste intravenoso. Estenosis del colédoco en su porción intrapancreática, con realce del mismo (flecha roja), y que condiciona una dilatación retrógrada de la vía biliar.



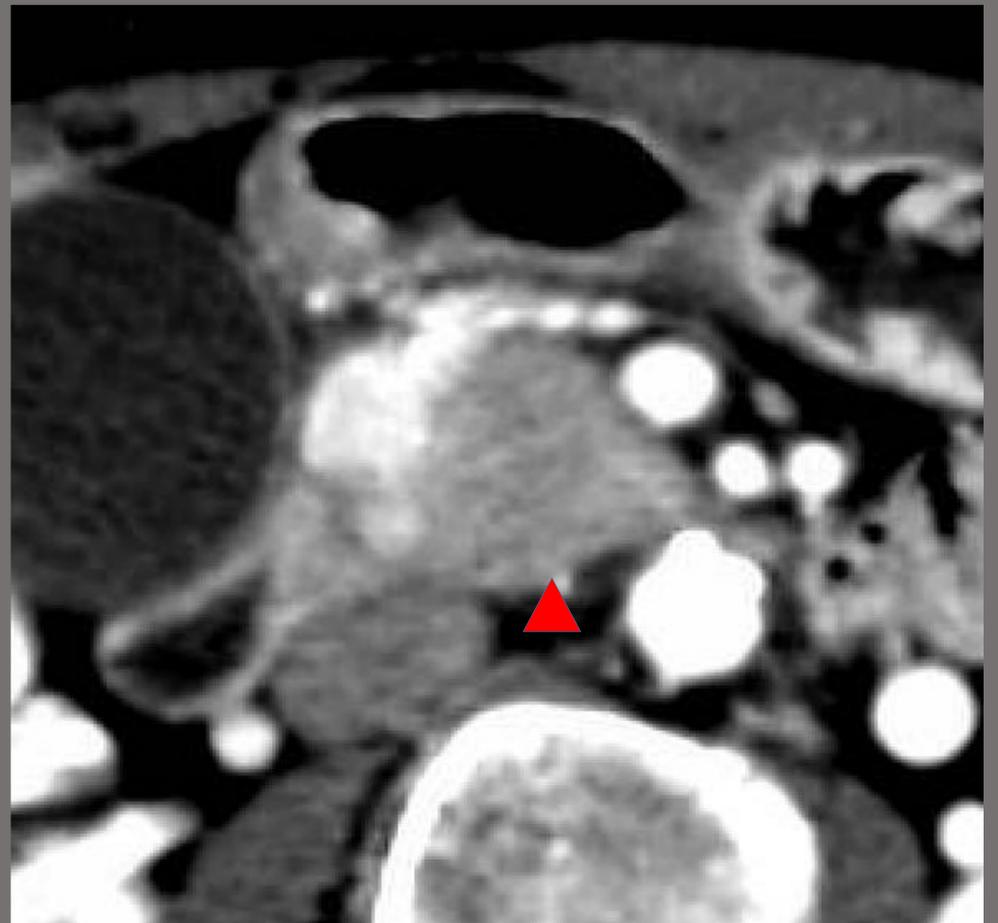
- **Adenocarcinoma pancreático:** suele ser hipovascular tanto en la fase pancreática como en fase portal



TC de abdomen con contraste intravenoso. A. Fase pancreática B. Fase portal. Masa pancreática hipovascular que compromete el cuerpo y se extiende hacia la cola con infiltración de $>180^\circ$ el tronco celíaco.

Patrón multifocal

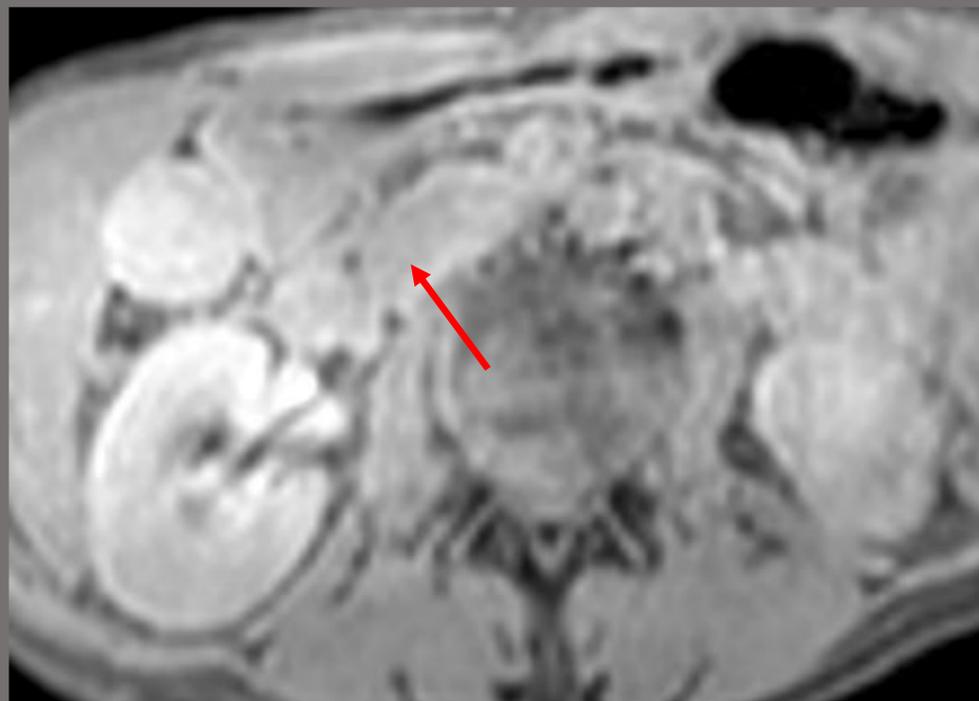
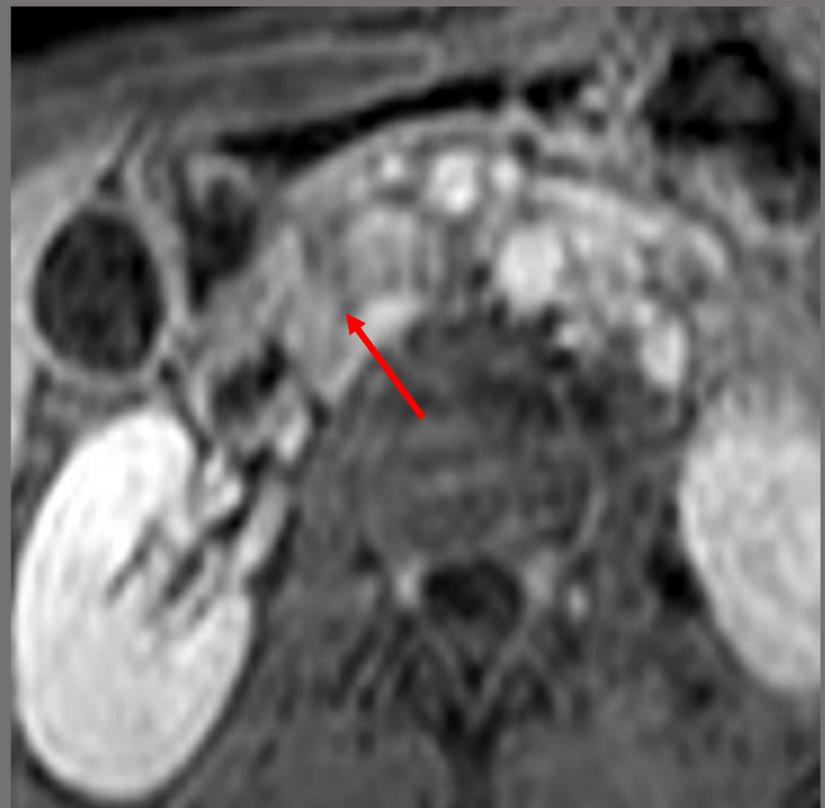
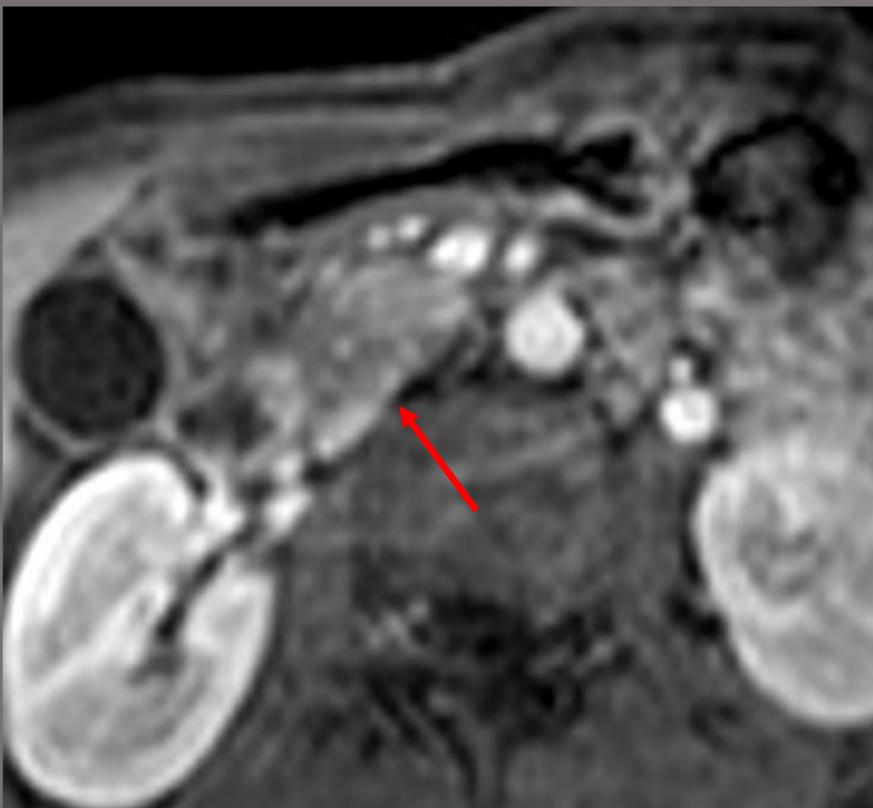
- Afectación segmentaria (>1 segmento) del páncreas y del conducto pancreático.



TC de abdomen en fase pancreática con contraste intravenoso. Marcada hipodensidad y aumento de tamaño de la cola pancreática (cabeza de flecha amarilla) y proceso uncinado (cabeza de flecha roja), con pérdida del contorno lobulado, y bordes romos.

Patrón multifocal

- Afectación segmentaria (>1 segmento) del páncreas y del conducto pancreático.



RM de abdomen con gadolinio. RM del paciente anterior tras tratamiento esteroideo. Existe una disminución del tamaño del páncreas, con persistencia de un área de fibrosis con realce tardío en proceso uncinado (flecha amarilla)

Tratamiento

- La morfología y función pancreática suelen volver a la normalidad **4 a 6 semanas** una vez se inicie tratamiento esteroideo.
- Algunas veces puede existir atrofia pancreática de los segmentos afectados.

3 Conclusiones

- Aunque es una patología poco frecuente el radiólogo debe estar familiarizado con sus hallazgos radiológicos, no solo porque la imagen es uno de los pilares para llegar al diagnóstico, sino porque es fundamental tenerla en cuenta cuando nos enfrentamos ante una masa focal del páncreas.

3

Referencias

1. Vlachou, P. A., Khalili, K., Jang, H. J., Fischer, S., Hirschfield, G. M., & Kim, T. K. (2011). IgG4-related sclerosing disease: autoimmune pancreatitis and extrapancreatic manifestations. Radiographics : a review publication of the Radiological Society of North America, Inc, 31(5), 1379–1402.
<https://doi.org/10.1148/rg.315105735>
2. Venkata S. Akshintala and Vikesh K. Singh. Management of Autoimmune Pancreatitis
3. Dong, Y., D'Onofrio, M., Hocke, M., Jenssen, C., Potthoff, A., Atkinson, N., Ignee, A., & Dietrich, C. F. (2018). Autoimmune pancreatitis: Imaging features. Endoscopic ultrasound, 7(3), 196–203.
<https://doi.org/10.4103/eus.eus.23.17>
4. Takahashi, M., Fujinaga, Y., Notohara, K. et al. Diagnostic imaging guide for autoimmune pancreatitis. Jpn J Radiol 38, 591–612 (2020).
<https://doi.org/10.1007/s11604-020-00971-z>